

IMPLIKASI KEBIJAKAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI 4 KABUPATEN DI JAWA TIMUR (Studi tentang Kondisi, Aksesibilitas dan Manajemen Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin)

Wasis Budiarto¹ dan Ristrini¹

ABSTRACT

Background: Health insurance program for poor began since 1998 namely Social Safety Net and 2005 changed be Health Maintenance Assurance Program for Poor (PJK MM) and since 2007 become Healthy Insurance for Poor (Askeskin). The objectives this research to study for policy implication and program management of Health Maintenance Assurance for Poor (PJKMM) in East Java. **Methods:** This location selected four regencies with people cultural criteria, namely Malang (Arek Culture), Tulungagung (Mataraman Culture), Sampang (Madura Culture), and Banyuwangi (Pendalungan Culture). For each regency chosen 100 poor respondents who visiting health centers at the research be done, by using "quota sampling" method. **Results:** the research indicating that number of members who utilize out-patient services in the hospital mean 32.25%, out-patient in the health center 77.75% and out-patient utilization in the hospital mean 27.25% and in health center approximately 3.25%. Accessibility of poor to health service facility reviewed from distance aspect, time travel, and cost is good. Even though cost of treatment in health centre is free, but still expend money that is transport to health centre and hospital, and adding drug cost. Members management aspect still occur insufficiency, and those condition complicated with SKTM validation, so the cost control more difficult. In services management aspect, health center hope implemented of Society Safety Net model, while Hospital keep intended PT Askes as the Execution Board of this program. From financial management, giving down payment policy to the hospital as well as down payment claim while waiting verification is finish, helpful the hospital as well as to performing their operation. Recommended in order to Central Government and Healthy Department to secure PJKMM/Askeskin program sustainability, implemented Diagnostic Related Group (DRGs) and increasing budget through APBD to maintaining health for society.

Key words: policy implication, health insurance, poor society

PENDAHULUAN

Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948, Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H, dan Undang-Undang No. 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk. Karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan

kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998–2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001, dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002–2004. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 maka PT Askes (Persero) mendapat tugas untuk mengelola Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, serta Keputusan Menteri Kesehatan No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJK MM) tahun 2005 dan pada

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes Depkes RI, Jl. Indrapura No. 17 Surabaya 60176

Korespondensi: E-mail: ristrini_sby@yahoo.com

tahun 2007 berubah menjadi Askeskin yakni dana tidak langsung dikucurkan kepada institusi pelayanan kesehatan tetapi melalui PT Askes sebagai Badan Pelaksana (Bapel). Dengan demikian, sejak tahun 2005–2007, pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dikelola dengan sistem Asuransi Kesehatan Sosial (*social health insurance*) melalui PT Askes sebagai Badan Pengelola (Depkes, 2006).

Atas dasar permasalahan di atas khususnya yang berkaitan dengan kebijakan dan manajemen program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin, maka rumusan masalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana kondisi masyarakat miskin yang menerima PJKMM/Askeskin di Jawa Timur.
- b. Berapa banyak masyarakat miskin yang memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas dan rumah sakit?
- c. Bagaimana kondisi akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan puskesmas dan rumah sakit di Jawa Timur.
- d. Bagaimana manajemen program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dilaksanakan, khususnya yang menyangkut aspek manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangannya?
- e. Bagaimana implikasi kebijakan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dalam mengatasi kendala pelaksanaan program di Jawa Timur.

Secara umum penelitian ini bertujuan mengkaji implikasi kebijakan dan manajemen program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Jawa Timur, khususnya: 1. Melakukan identifikasi kondisi masyarakat miskin peserta PJKMM/Askeskin di Jawa Timur; 2. Mengidentifikasi jumlah masyarakat miskin yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas dan rumah sakit; 3. Mempelajari kondisi akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan puskesmas dan rumah sakit di Jawa Timur; 4. Mempelajari manajemen program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dilaksanakan, khususnya yang menyangkut aspek manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangannya; 5. Mempelajari implikasi kebijakan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin

dalam mengatasi kendala pelaksanaan program di Jawa Timur.

METODE

Penelitian ini dilakukan di Provinsi Jawa Timur dengan memilih 4 (empat) kabupaten dengan kriteria budaya masyarakat yaitu Kab. Malang (budaya arek), Kab. Tulungagung (budaya mataraman), Kab. Sampang (budaya Madura), dan Kab. Banyuwangi (budaya Pendalungan).

Sebagai populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat miskin di Jawa Timur. Sampling kabupaten dilakukan dengan memilih 4 kabupaten sesuai kriteria, dan masing-masing kabupaten dipilih 100 responden keluarga miskin dengan metode '*quota sampling*' yakni keluarga miskin dan pra sejahtera yang mengunjungi puskesmas pada saat penelitian dilakukan. Sumber data dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan, BPS, Puskesmas, Rumah Sakit, dan keluarga miskin.

Data dikumpulkan melalui 3 (tiga) cara yaitu melalui (1) data sekunder, yakni mengumpulkan data di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten, (2) kuesioner, yakni memberikan angket kepada keluarga miskin, dengan menggunakan skala likert 5 skala dan (3) wawancara mendalam dengan pelaksana kebijakan. Analisis dilakukan secara deskriptif.

HASIL

Kondisi Keluarga Miskin

Deskripsi tentang keluarga miskin di empat kabupaten yang meliputi jumlah anggota keluarga, pendidikan, pekerjaan, penghasilan serta kriteria miskin dapat dilihat pada tabel 1 berikut ini.

Dari tabel tersebut tampak bahwa di Sampang jumlah anggota keluarganya relatif paling banyak dibanding 3 kabupaten lainnya. Jumlah anggota keluarga berkisar antara 3,13 sampai dengan 4,60, hampir semua berpendidikan tamat SD atau tidak tamat SD. Sebagian besar bekerja di sektor pertanian (buruh tani), tetapi juga banyak istri yang tidak bekerja. Penghasilan suami berkisar antara Rp. 383 ribu sampai dengan Rp. 543 ribu, sedangkan penghasilan keluarga berkisar antara Rp. 411 ribu sampai dengan Rp. 564 ribu.

Tabel 1. Deskripsi Keluarga Miskin di 4 Kabupaten di Jawa Timur Tahun 2007

No	Indikator	Kabupaten			
		Malang	Tulungagung	Sampang	Banyuwangi
1	Jumlah anggota keluarga	3,54	3,55	4,6	3,13
2	Pendidikan suami	SD	SD	SD	SD
3	Pendidikan istri	SD	SD	SD	TTSD
4	Pekerjaan suami	Petani	Buruh	Petani	Petani
5	Pekerjaan istri	TB	Buruh	Buruh	TB
6	Jenis penghasilan	Tdk ttp	Tdk ttp	Tdk ttp	Tdk ttp
7	Penghasilan suami (ribu/bl)	495,6	383,3	501,4	543,5
8	Penghasilan keluarga (ribu/bl)	538,3	411,3	560,9	564,5
9	% keluarga pra KS	63,0	94,0	76,0	57,0
10	% keluarga KS-1	37,0	6,0	24,0	43,0
11	% kepemilikan kartu Askeskin	49,0	90,0	93,0	46,0

Sumber: Data Primer Diolah

Tabel 2. Persentase Pemanfaatan Puskesmas dan Rumah Sakit oleh Masyarakat Miskin di 4 Kabupaten Tahun 2007

No	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	Kabupaten			
		Malang	Tulungagung	Sampang	Banyuwangi
1	% rawat jalan di rumah sakit	25,0	23,0	54,0	27,0
2	% rawat jalan di puskesmas	68,0	95,0	94,0	51,0
3	% rawat inap di rumah sakit	22,0	18,0	38,0	31,0
4	% rawat inap di puskesmas	4,0	0,0	5,0	4,0

Sumber: Data Primer Diolah

Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan Puskesmas dan Rumah Sakit oleh Masyarakat Miskin

Fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sudah disediakan oleh Pemerintah, tetapi pemanfaatan dari masyarakat miskin yang tampaknya belum optimal. Persentase pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin dapat dilihat pada tabel 2.

Pemanfaatan untuk rawat jalan di rumah sakit yang terendah di Kabupaten Tulungagung dan yang tertinggi Kabupaten Sampang. Hal tersebut memungkinkan karena fasilitas pelayanan kesehatan di Sampang relatif paling minim di antara 3 kabupaten lainnya. Pemanfaatan untuk rawat jalan di puskesmas relatif cukup baik Pemanfaatan pelayanan rawat inap di rumah sakit dari peserta yang diwawancarai berkisar antara 18–38% sedangkan pemanfaatan untuk rawat inap di puskesmas sangat rendah yakni

berkisar antara 0% sampai dengan 5%.

Akses Masyarakat Miskin ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Salah satu faktor keberhasilan program-program kesehatan adalah keterjangkauan atau akses masyarakat miskin terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagaimana yang tercantum dalam RPJMN 2004–2009 menyatakan bahwa salah satu masalah yang sering muncul dalam pelayanan kesehatan adalah rendahnya akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan berkualitas. Akses masyarakat miskin terhadap fasilitas pelayanan kesehatan berkualitas tampak pada tabel 3.

Jarak Posyandu dari rumah penduduk diempat wilayah penelitian berkisar antara 0,15 km (Tulungagung) sampai dengan 0,61 km (Malang), yang ditempuh dalam waktu antara 6,18 menit sampai dengan 17,74 menit, dengan berkendara ataupun jalan kaki. Jarak Polindes dari rumah penduduk di 4 kabupaten berkisar antara 0,66 km sampai dengan 1,09 km, yang ditempuh dalam waktu antara 6,00 menit sampai dengan 21,89 menit, dan sedikit yang

Tabel 3. Akses Masyarakat Miskin ke Fasilitas Kesehatan di 4 Kabupaten Tahun 2007

No	Sarana Pelayanan Kesehatan	Indikator Akses	Kabupaten			
			Malang	Tulungagung	Sampang	Banyuwangi
1	Posyandu	Jarak (km)	0,61	0,15	0,34	0,45
		Waktu (menit)	9,13	6,18	17,74	15,05
		% berkendara	22,00	7,000	5,00	12,00
		% tidak pernah	65,0	85,0	52,0	40,0
2	Polindes	Jarak (km)	1,09	1,12	0,82	0,66
		Waktu (menit)	10,33	6,00	21,89	8,75
		% berkendara	20,00	8,0	14,0	16,0
		% tidak pernah	72,0	97,0	78,0	87,0
3	Bidan di Desa	Jarak (km)	1,15	0,97	0,45	0,95
		Waktu (menit)	11,07	7,50	7,07	11,92
		% berkendara	21,0	7,0	13,0	19,0
		% tidak pernah	73,0	92,0	78,0	43,0
4	Puskesmas pembantu	Jarak (km)	0,56	3,83	0,90	3,85
		Waktu (menit)	18,33	9,16	16,8	18,25
		% berkendara	24,0	13,0	13,0	15,0
		% tidak pernah	81,0	91,0	84,0	82,0
5	Puskesmas	Jarak (km)	3,27	1,09	3,01	2,41
		Waktu (menit)	23,19	11,17	24,82	20,49
		% berkendara	97,0	97,0	85,0	81,0
		% tidak pernah	2,0	12,0	7,0	13,0
6	RSUD	Jarak (km)	6,75	5,00	3,70	3,54
		Waktu (menit)	24,09	17,00	40,40	28,37
		% berkendara	94,0	94,0	84,0	89,0
		% tidak pernah	14,0	11,0	21,0	42,0

Sumber: Data Primer Diolah

menggunakan kendaraan (8–20%). Jumlah yang tidak memanfaatkan cukup banyak yaitu 72–97%, yang disebabkan karena kehadiran polindes belum memasyarakat, dan mereka masih suka terhadap pelayanan maternal yang lain.

Jarak rumah Bidan Desa dari rumah penduduk di daerah penelitian berkisar antara 0,45 km sampai dengan 1,15 km, yang ditempuh dalam waktu antara 7,07 menit sampai dengan 11,92 menit, sebagian besar mereka jalan kaki, dan sedikit (7–21%) yang menggunakan kendaraan. Jumlah masyarakat miskin yang pernah memanfaatkan pelayanan di rumah bidan di desa tidak terlalu banyak.

Jarak Puskesmas Pembantu dari rumah penduduk di 4 daerah studi berkisar antara 0,56 km (Kab. Malang) sampai dengan 3,85 km (Kab. Banyuwangi), yang ditempuh dalam waktu antara 9,16 menit sampai dengan 18,25 menit, di mana sebagian kecil saja yang menggunakan kendaraan (13–24%). Jumlah yang

belum pernah memanfaatkan pelayanan puskesmas pembantu cukup banyak yakni antara 81–91%, dan Kab. Tulungagung merupakan yang tertinggi (91%).

Akses ke puskesmas tampaknya cukup baik, di mana jarak berkisar antara 1,09 km dan sampai dengan 3,27 km, yang ditempuh dalam waktu antara 11,17 menit sampai dengan 24,82 menit. Jumlah yang berkendara ke puskesmas cukup banyak yakni antara 81–97% dan masyarakat miskin yang belum pernah memanfaatkan puskesmas relatif sedikit yakni antara 2–13% saja.

Masalah akses masyarakat miskin ke RSUD yang sering menimbulkan masalah, tampak bahwa di daerah studi jarak antara rumah penduduk dengan RSUD rata-rata berkisar antara 3,70 km sampai dengan 6,75 km, yang ditempuh dalam waktu antara 17,0 menit sampai dengan 40,40 menit, di mana yang berkendara sebanyak 84–94% dan yang belum pernah memanfaatkan RSUD sebanyak 11–42%.

Tabel 4. Rata-rata Biaya ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat Miskin

No	Biaya ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Kabupaten			
		Malang	Tulungagung	Sampang	Banyuwangi
1	Biaya transportasi ke puskesmas	5.488	2.833	4.800	6.250
2	Biaya karcis di puskesmas	-	-	-	-
3	Biaya rawat jalan di puskesmas	4.130	3.250	3.550	12.370
4	Biaya rawat inap di puskesmas	15.350	13.450	12.030	15.670
5	Biaya transportasi ke RS	14.000	5.300	2.800	8.558
6	Biaya karcis RS	-	-	-	-
7	Biaya rawat jalan di RS	6.380	40.200	9.030	33.930
8	Biaya rawat inap di RS	103.710	110.400	103.770	118.428

Sumber: Data Primer Diolah

Biaya ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat Miskin

Biaya ke fasilitas pelayanan kesehatan meliputi biaya transport, biaya karcis, biaya pemeriksaan, biaya tindakan dan biaya obat-obatan. Biaya-biaya yang harus dibayar oleh masyarakat miskin yang mengunjungi fasilitas kesehatan terlihat pada tabel 4.

Biaya transportasi ke puskesmas dari rumah penduduk berkisar antara Rp. 2.833,- sampai dengan Rp. 6.250,-, biaya rawat jalan di Puskesmas berkisar antara Rp. Rp. 3.250,- sampai dengan Rp. 12.370,- dan biaya rawat inapnya berkisar antara Rp. 12.030,- sampai dengan Rp. 15.670,-. Biaya transportasi ke RS dari rumah penduduk berkisar antara Rp. 2.800,- sampai dengan Rp. 14.000,-, sedangkan biaya rawat jalan di RS berkisar antara Rp. 6.380,- sampai dengan Rp. 40.200,- dan biaya rawat inapnya berkisar antara Rp. 103.710,- sampai dengan Rp. 114.428,-

Dari tabel tersebut juga tampak bahwa biaya karcis baik di puskesmas maupun di rumah sakit tidak ada, karena pada dasarnya biaya pelayanan kesehatan masyarakat miskin menjadi beban pemerintah. Biaya rawat jalan yang ada adalah biaya obat-obatan yang tidak tersedia di puskesmas atau rumah sakit, tetapi pasien harus membeli di luar dengan resep dokter. Demikian pula biaya untuk rawat inap di puskesmas dan rumah sakit. Biaya rawat inap masyarakat miskin di rumah sakit selalu di atas Rp. 100.000,- karena cukup banyak obat-obatan bagi masyarakat miskin yang tidak tersedia di apotik rumah sakit.

Manajemen Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

Manajemen Kepesertaan

Temuan di lapangan menunjukkan bahwa kuota masyarakat miskin ditetapkan berdasarkan data BPS 2004, dan hanya mencakup jumlah secara nasional dan estimasi menurut daerah. Terdapat perbedaan antara keluarga miskin yang didata oleh Pemda dengan keluarga miskin yang dijatah PT Askes. Hal tersebut dikemukakan Bp. X dari Dinas Kesehatan:

"..... memang kalau dilihat dari hasil pendataan oleh Pemda dan jumlah keluarga miskin yang telah masuk dalam kuota PT Askes. Memang harapan kita, agar selisih kuota tersebut tetap menjadi tanggungan Pemerintah Pusat. Kalau menjadi beban daerah, bagaimana dengan daerah yang tidak mampu....."

Terhadap perbedaan data tersebut pihak Pemda mengambil langkah bahwa kekurangan keluarga miskin dimintakan ke Pemerintah Pusat. Perubahan kuota kemudian ditetapkan di mana seluruh masyarakat miskin ditanggung oleh Pemerintah Pusat melalui dana APBN. Pendataan keluarga miskin dalam Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin dilakukan oleh Tim Kabupaten di mana Dinas Kesehatan (dan jajaran puskesmas) fidak terlibat secara aktif, sementara di kabupaten lain, pendataan keluarga miskin melibatkan secara penuh jajaran puskesmas bersama-sama staf kelurahan

dan kecamatan. Karena kuota yang berbeda maka distribusi kartu juga mengalami hambatan. Masih ada beberapa puskesmas dan RS yang masih menerima SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu), dan cara memperolehnya relatif sangat mudah, sehingga penyalahgunaan SKTM menjadi lebih besar. Wawancara dengan staf Dinas Kesehatan:

".....pendataan keluarga miskin melibatkan petugas puskesmas, sehingga waktu pelayanan menjadi berkurang. Di samping itu, petugas puskesmas tidak mempunyai kompetensi untuk pendataan seperti itu. Puskesmas dan rumah sakit masih menerima keluarga miskin yang menggunakan SKTM, sehingga jumlah kunjungan meningkat, sedangkan kuota tetap. Model seperti itu akan mempermudah penyalahgunaan SKTM, karena cara memperolehnya sangat mudah....."

Kendala yang terdeteksi adalah petugas kesehatan yang terlibat dalam pendataan, kurang dan tidak mempunyai kompetensi dalam pendataan masyarakat miskin, serta percetakan kartu yang jumlahnya banyak. Ristrini (2004) mengemukakan bahwa tugas tenaga kesehatan khususnya bidan di desa sudah cukup besar khususnya dalam rangka menumbuhkembangkan polindes di pedesaan, sehingga kegiatan untuk ikut mendata keluarga miskin sulit untuk dilakukan.

Manajemen Pelayanan

Ada beberapa puskesmas yang minta agar pembiayaan langsung ke puskesmas seperti waktu awal berlangsungnya *Social Safety Net*, sehingga puskesmas dapat mengatur porsi penggunaannya untuk program promotif dan preventif, di samping kuratif dan rehabilitatif. Di samping itu, pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sulit dideteksi karena perilaku masyarakat miskin untuk berobat tidak bisa dibatasi pada puskesmas tertentu, khususnya penduduk daerah perbatasan wilayah. Akibatnya banyak puskesmas di daerah perbatasan yang melayani masyarakat miskin yang bukan dalam cakupan kapitasinya.

Hal tersebut sesuai dengan yang disampaikan oleh Ibu Y (staf puskesmas):

".....sebenarnya saya sependapat dengan model dulu, seperti di Social Safety Net, di mana dana langsung dikirim ke unit pelayanan kesehatan (puskesmas atau bidan di desa), karena dengan

cara itu puskesmas bisa ngatur porsi biaya, apa untuk promotif, preventif dan untuk kuratif, Jangan seperti sekarang, hanya kuratif saja yang dibiayai....."

Secara umum lebih menyukai sistem klaim melalui PT Askes, karena tidak akan ada lagi pasien 'pulang paksa' atau bahkan tidak ada yang tidak diganti klaimnya dan rumah sakit tidak menanggung risiko cukup tidaknya dana. Rumah sakit juga merasa tidak dibebani oleh kegiatan administrasi yang cukup menyita waktu petugas rumah sakit, atau tidak harus menyediakan tenaga khusus untuk menangani biaya rumah sakit untuk masyarakat miskin.

Hal tersebut sesuai yang dikemukakan oleh Bapak Z (staf rumah sakit):

".....kalau rumah sakit, enakan menggunakan pola klaim ke PT Askes, karena akan tidak mungkin lagi dijumpai pasien pulang paksa atau dipulangkan karena tidak ada biaya. Pola tersebut juga mempermudah rumah sakit, karena tidak akan menanggung risiko akibat kurang dana dan pula kita harus menyediakan tenaga khusus untuk menghitung dan merencanakan pembiayaan tersebut. Tetapi sekarang kita hanya menyediakan tenaga yang bertugas untuk mengurus klaim pasien yang berobat ke rumah sakit saja....."

Utilisasi pelayanan kesehatan di rumah sakit relatif masih rendah, yang dikhawatirkan bahwa masyarakat miskin tidak tahu akan hak-haknya, tetapi dengan adanya program ini, angka BOR di rumah sakit cenderung meningkat. Perlu dicatat pendapat pengelola Rumah Sakit bahwa memang terjadi peningkatan yang mengakibatkan lebih lancarnya arus kas Rumah Sakit, lebih-lebih bagi Rumah Sakit yang mayoritas pasiennya adalah pasien masyarakat miskin. Hal tersebut juga terjadi pada program JPK Gakin (Budiarto, 2007).

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa sernua pasien kelas III adalah gratis, karena bila tidak menjadi peserta jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM atau Askeskin), dan dengan melihat pasien lain maka kemudian seluruh pasien kelas III mengurus SKTM agar tidak perlu membayar apa-apa.

Manajemen Keuangan

Dari informasi yang diperoleh dari pengelola, PT Askes mengelola dana Program Jaminan Kesehatan

bagi Masyarakat Miskin dilakukan secara terpisah dari askes komersial dan askes sosial (PNS).

Kebijakan dengan memberikan uang muka ke rumah sakit serta uang muka klaim sambil menunggu verifikasi selesai, sangat membantu pihak rumah sakit untuk menjalankan operasionalnya. Tetapi model tersebut juga ada yang merasa menyulitkan, karena dana harus disetor ke Kas Daerah dulu, karena dianggap sebagai pendapatan oleh Pemda. Biaya Rp. 5.000,- per orang per bulan, ada yang merasa cukup tetapi ada pula yang merasa kurang khususnya untuk rumah sakit dengan peralatan yang canggih. Biaya transpor rujukan sebesar Rp 3.000,- per kilometer tidak mencukupi untuk melaksanakan rujukan pasien antar pulau, seperti yang terjadi di Madura. Diusulkan agar klaim biaya rujukan antar pulau disesuaikan dengan tarif sewa kapal yang berlaku. Bapak K, petugas puskesmas mengemukakan sbb;

".....biaya transpor sebesar Rp. 3.000,- per kilometer untuk rujukan pasien sangat tidak mencukupi bagi pasien yang berdomisili di luar pulau, seperti pulau-pulau di wilayah kabupaten-kabupaten di Madura. Yah sebaiknya klaim biaya rujukan antar pulau disesuaikan dengan tarif yang berlaku, tidak usah menggunakan plafon tetapi riil biaya perjalanan yang ada....."

Masalah SDM yang menangani masalah keuangan dan klaim relatif sangat terbatas, dan PT Askes mengangkat TKT (Tenaga Kontrak Terbatas) secara hati-hati karena ketidakpastian penugasan di masa depan, karena kontrak dengan PT Askes hanya setahun.

Implikasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin

Dari beberapa wawancara mendalam yang dilakukan, maka kebijakan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin telah dipahami oleh berbagai pihak/stakeholders. Kebijakan diinterpretasikan bermacam-macam oleh stakeholders. Sosialisasi telah dilakukan tetapi belum optimal, karena pada masa transisi ini banyak disibukkan dengan pendistribusian kartu peserta.

Perlunya forum konsultasi, pengawasan dan monitoring-evaluasi (monev), namun di lapangan forum-forum ini belum banyak dikembangkan dan walaupun ada belum berjalan secara optimal. Terjadinya

perubahan kebijakan membuat kendala di lapangan, seperti selisih kuota yang diharapkan didanai oleh Pemda kemudian dimintakan ke Pemerintah Pusat, membuat kersahan khususnya untuk Pemda yang kurang mampu.

Telah terjadi hubungan yang baik antara Dinas Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan Pemda setempat, karena gaung Program Pemerintah Pusat dalam menangani kesehatan masyarakat miskin telah dirasakan manfaatnya sampai keseluruhan masyarakat. Bahkan kesadaran masyarakat untuk meminta SKTM dan kartu peserta Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin tampak meningkat, meski dibanding dengan kuota masih belum terpenuhi. Realitas harmonisasi kebijakan di lapangan sangat tergantung dengan kondisi di daerah setempat. Secara umum SK Bupati merupakan landasan dan menunjukkan bahwa Bupati mengetahui persis dan mendukung kebijakan ini. Di beberapa tempat, bahkan dipolitisir dikaitkan dengan Pilkada, seolah-olah merupakan kebijakan lokal Bupati.

Kendala yang banyak muncul dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Jawa Timur adalah (1) keengganan para dokter (khususnya dokter spesialis) untuk mematuhi MoU dengan alasan indikasi medis, (2) utilisasi RS yang meningkat secara bermakna, (3) biaya non pelayanan seperti transport dan biaya penunggu yang harus dibayar sendiri oleh pasien, (4) biaya rujukan yang masih rendah khususnya daerah kepulauan, (5) pola tagihan yang dipenuhi tanpa *cost sharing* akan menimbulkan *moral hazard*, *fraud* dan *abuse*, (6) metode bauran kasus (*case-mix*) atau DRG (*Diagnostic Related Group*) belum banyak digunakan oleh RS, (7) jumlah penduduk miskin yang selalu berubah.

PEMBAHASAN

Jika dilihat dari pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh masyarakat miskin relatif masih kecil khususnya untuk rawat inap, baik di rumah sakit maupun di puskesmas. Hal tersebut sesuai dengan yang dilakukan Rachmawati (2004) di mana efektivitas pemanfaatan JPK Gakin masih rendah, di mana target 18% keluarga miskin belum dapat dicapai. Tetapi program tersebut diganti dengan PJKMM dan Bapel-bapel tidak dimanfaatkan lagi untuk mengelola, dan diserahkan ke PT Askes. Hal tersebut juga didukung oleh hasil Riskesdas (2008) di mana sumber

pembiayaan rawat inap dari Askeskin di Indonesia hanya sebesar 14,3%.

Kosen et al., (2006) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa program Askeskin meningkatkan jumlah peserta yang dicakup secara bermakna, perbaikan manajemen badan penyelenggara, cakupan paket pelayanan yang luas dan berkualitas. Untuk itu disarankan agar sistem penanganan keluhan perlu diperkuat dan kegiatan sosialisasi pada peserta, stakeholders perlu ditingkatkan. Dikemukakan pula dalam Seminar PJKMM tahun 2008 bahwa jumlah persalinan meningkat tajam di mana pada tahun 2005, 2006 dan 2007 adalah 374.468, 501.622 dan 565.711 persalinan, sedangkan kasus hemodialisa meningkat dari 4.862 pasien tahun 2005, 5.418 pada tahun 2006 dan 9.893 pasien pada tahun 2007. Operasi jantung juga meningkat tajam, di mana pada tahun 2005 hanya 380 pasien, meningkat menjadi 2.950 pasien pada tahun 2006 dan menjadi 4.743 pasien tahun 2007 (Depkes, 2008).

Pemanfaatan posyandu di Indonesia menurut Riskesdas (2008) sebesar 27,3% (yang tidak butuh 62,5%), yang memanfaatkan polindes/bidan di desa sebesar 21,9% (tidak butuh 52,9%) sedangkan pemanfaatan posyandu di Jatim sebesar 23,8% (tidak butuh 70,1%) dan pemanfaatan polindes/bidan di desa sebesar 25,6% (tidak butuh 52,5%).

Akses masyarakat miskin ke unit pelayanan kesehatan relatif sudah cukup baik di 4 kabupaten, yakni untuk ke posyandu antara 0,15–0,61 km dengan waktu antara 6–17 menit saja, sedangkan ke polindes hanya berjarak 0,66–1,12 km dengan waktu 6–21 menit.

Jika dibandingkan dengan hasil Riskesdas (2008) menunjukkan bahwa jarak ke UKBM di Indonesia rata-rata adalah < 1 km sebanyak 78,9%, jarak 1–5 km sebanyak 19,5% dan yang berjarak > 5 km sebanyak 1,6%. Kondisi ini tidak berbeda dengan di Jawa Timur, yakni jarak < 1 km sebanyak 82,2%, 1–5 km sebesar 17,2% dan yang berjarak > 5 km sebesar 0,7%. Khusus keluarga miskin (kuintil-1) yang berjarak < 1 km sebanyak 76,7%, 1–5 km sebanyak 21,3% dan jarak > 5 km sebesar 2,0%. Waktu tempuh ke UKBM rata-rata di Indonesia adalah yang berwaktu tempuh ≤ 15 menit sebanyak 85,4%, 16–30 menit sebanyak 11,1%, 31–60 menit sebanyak 2,4% dan > 60 menit sebanyak 1,2%. Di Jawa Timur kondisi tersebut tidak terlalu berbeda, di mana waktu tempuh

≤ 15 menit sebanyak 89,7%, 16–30 menit sebanyak 8,2%, 31–60 menit sebanyak 1,6% dan > 60 menit hanya 0,5%, dan khusus untuk gakin (kuintil-1) juga tidak terlalu berbeda. Di sini menunjukkan bahwa aksesibilitas masyarakat umum dan masyarakat miskin yang dilihat dari jarak tidak terlalu berbeda, demikian pula dengan waktu tempuh ke unit pelayanan UKBM tersebut.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa jarak ke pustu hanya 0,56–3,83 km yang ditempuh antara 9–18 menit. Untuk ke puskesmas jaraknya antara 1–3 km dengan waktu tempuh rata-rata 11–24 menit, sedangkan ke RSUD yang berjarak antara 3,54–6,75 km ditempuh oleh keluarga miskin 17–40 menit. Sebagian besar gakin yang ke pustu tidak berkendaraan, sedangkan kalau ke puskesmas dan RSUD menggunakan kendaraan.

Hasil Riskesdas (2008) menunjukkan bahwa di Indonesia jarak ke unit pelayanan kesehatan formal (puskesmas, pustu, RS) yakni < 1 km sebesar 47,6%, 1–5 km sebesar 46,4% dan yang > 5 km sebesar 6,0%. Di Jawa Timur kondisi tersebut tidak terlalu berbeda, yakni jarak < 1 km sebesar 47,7%, 1–5 km sebesar 48,9% dan yang berjarak > 5 km sebesar 3,4%. Khusus untuk masyarakat miskin (kuintil-1) yang berjarak < 1 km sebesar 43,8%, 1–5 km sebesar 48,7% sedangkan yang > 5 km sebesar 7,4%.

Dalam hal manajemen dan kebijakan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin khususnya dengan masih banyaknya Gakin yang menggunakan SKTM, Kosen et al., (2006) mengemukakan bahwa SKTM umum dipergunakan untuk rawat inap, dimana pemegang SKTM masih dikenakan iur biaya hingga 50%. Efisiensi makro dapat terlaksana, krena cakupan universal program asuransi kesehatan sosial (termasuk masyarakat miskin) memungkinkan pooling dari risiko yang optimal dan tidak diperlukan biaya pemasaran ataupun perancangan produk.

Hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa penyediaan pelayanan dasar (core public services) yakni penyediaan pelayanan di bidang kesehatan termasuk juga pendidikan, secara ekonomis tidak memberikan keuntungan finansial yang berupa Pendapatan Asli Daerah (PAD) kepada Kabupaten/Kota, dan bahkan membutuhkan biaya dalam jumlah yang besar untuk menyediakan kedua jenis pelayanan tersebut (Hardiansyah Achmad, 2008). Peningkatan status kesehatan masyarakat termasuk penduduk

miskin, harus menekankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif (Pickert, 1999).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari beberapa bahasan di atas, dapatlah dikemukakan beberapa kesimpulan yang dapat dipakai sebagai dasar pengambilan keputusan, sebagai berikut:

- a. Jumlah peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM)- Askeskin yang memanfaatkan rawat jalan di RS rata-rata sebanyak 32,25%, yang memanfaatkan rawat jalan puskesmas rata-rata sebanyak 77,75%. Pemanfaatan layanan rawat inap di RS oleh peserta PJKMM/Askeskin secara rata-rata sebesar 27,25% dan rawat inap di puskesmas rata-rata sebanyak 3,25%.
- b. Akses masyarakat miskin ke fasilitas pelayanan kesehatan cukup baik, khususnya yang berkaitan dengan jarak dan waktu tempuh serta biaya untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan di puskesmas dan RS adalah gratis bagi peserta Askeskin, tetapi peserta juga mengeluarkan biaya untuk transportasi dan biaya pelayanan khususnya pembelian obat-obatan yang tidak terdapat di puskesmas atau RS. Biaya transport ke puskesmas antara Rp2.833,00–Rp6.250,00, biaya rawat jalan di puskesmas antara Rp3.250,00–Rp12.370,00, biaya rawat inap di puskesmas antara Rp12.030,00–Rp15.670,00. Biaya transport ke RS antara Rp2.800,00–Rp14.000,00, biaya rawat jalan di RS antara Rp6.380,00–Rp40.200,00 dan biaya rawat inap di RS antara Rp103.000,00–Rp118.000,00.
- c. Dari aspek kepesertaan masih terjadi ketidakcocokan antara data Kabupaten dengan data yang dijatah PT Askes, sehingga kekurangan tersebut dimintakan ke Pemerintah Pusat, karena Pemda tidak mampu membiayainya. Kondisi tersebut diperparah dengan masih berlakunya SKTM, sehingga pengendalian biaya menjadi lebih sulit. Dalam manajemen pelayanan, puskesmas berharap model *Social Safety Net* diberlakukan, sedangkan RS tetap menghendaki PT Askes sebagai Badan Pelaksana program ini. Dari aspek

manajemen keuangan, kebijakan memberikan uang muka ke rumah sakit serta uang muka klaim sambil menunggu verifikasi selesai, sangat membantu pihak rumah sakit untuk menjalankan operasionalnya.

- d. Kendala yang banyak muncul dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Jatim adalah keengganan para dokter (khususnya dokter spesialis) mengikuti aturan PT Askes dengan alasan indikasi medis, pemanfaatan RS yang meningkat secara bermakna, biaya transport dan biaya penunggu yang harus dibayar sendiri oleh pasien, biaya rujukan yang masih rendah, pola tagihan yang dipenuhi tanpa *cost sharing* akan menimbulkan *moral hazard*, *fraud* dan *abuse*, metode bauran kasus (*case-mix*) atau DRG (*Diagnostic Related Group*) belum banyak digunakan oleh RS, dan jumlah penduduk miskin yang selalu berobah, sehingga sulit untuk merencanakannya.

Saran

Dari beberapa kesimpulan tersebut, maka perlu disampaikan beberapa saran untuk memperbaiki kebijakan yang ada yaitu:

- a. Perlu dilakukan pendataan ulang masyarakat miskin oleh BPS yang meliputi data kriteria miskin, data masyarakat miskin, potret kecenderungan peningkatan akses berbasis populasi, validasi masyarakat miskin, dan distribusi kartu untuk daerah-daerah terpencil.
- b. Bagi Pemerintah Pusat dan Departemen Kesehatan agar menjamin keberlanjutan program PJKMM/Askeskin khususnya yang berkaitan dengan aspek legal, besaran dana dan sumber dana yang kepastian keberlangsungan dananya.
- c. Meningkatkan peran Depkes dalam standarisasi medik, tarif paket menurut wilayah, kelas RS, transport dan biaya menunggu pasien serta konsep kapitasi bagi masyarakat miskin yang tinggal di daerah lintas batas wilayah sehingga tidak merugikan puskesmas.
- d. Meningkatkan peran Dinkes Kabupaten/ kota agar pelayanan kesehatan masyarakat miskin juga menjadi bagian dari kinerja Dinas Kesehatan, melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad, Herdiansyah, 2008. Paradigma Kebijakan Pelayanan Publik pada Era Otonomi Daerah: Sebuah Analisis <http://achmadh.wordpress.com/2008> diakses tgl. 10 Agustus 2008.
- Budiarto, Wasis, 2007. Pengeluaran pasien dan utilisasi pelayanan kesehatan peserta JPK-Gakin: Studi di 3 kabupaten daerah uji coba JPK Gakin, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 10 no. 1 Januari 2007.
- Departemen Kesehatan Indonesia, 2003. *Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Indonesia, 2006. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Indonesia, Ditjen Binakesmas, 2008. *(Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin)*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2008. *(Riset Kesehatan Dasar 2007)*, Jakarta.
- Kosen, Soewarta, Martuti Budiarto, Siti Sundari, Yuslely Usman, Ingan Ukur Tarigan, 2006. *Review Sistematis Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin 1999–2005*. Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Surabaya.
- Picket. Edward E, 1999. *Public Health Administration and Practice*, Mosby Company, Missouri.
- Rachmawati, Tety, Wasis Budiarto, Ristrini, Wahyu Dwi Astutik, 2004. *Efektivitas Penyelenggaraan Program JPK Gakin PKPS BBM Bidang Kesehatan*, Puslitbang Yantekkes, Surabaya.
- Ristrini, Wasis Budiarto, 2004. Pemberdayaan masyarakat melalui Penumbuh kembangan polindes bagi masyarakat miskin pedesaan, *Berita Kedokteran Masyarakat BKM No. XX/04/137–187* Triwulan 4 2004.